

생부에 관한 정보

아이 이름:	케이스 번호:
케이스 담당자 이름:	에이전시명:

작성 요령:

- 잉크를 사용하여 명확하게 인쇄체로 기입하십시오.
 - 모든 항목을 빠짐없이 기입하십시오. 답을 모를 때에는 해당 항목에 "알 수 없음"이라고 표시하십시오.
 - 본 AD 67A 양식은 두 부분으로 나뉘어져 있습니다. 섹션 I은 "신원이 확인되는" 정보로서 기밀로 유지될 것입니다. 이 섹션의 어떠한 정보도 귀하의 서면 동의가 없는 한, 입양되는 아이나 양부모에게 제공되지 않을 것입니다. 섹션 II는 귀하의 배경 및 건강 내력에 관한 "신원이 확인되지 않는 정보"로 이루어져 있습니다. 캘리포니아주 입양법에 의해 섹션 II의 사본이 최종 입양 결정에 앞서 아이의 양부모에게 제공되며, 입양되는 아이의 나이가 18세가 되어 서면 요청시 아이에게 제공될 것입니다.
 - 아이가 입양되기 위해서는 본 양식에서 요구하는 모든 정보를 빠짐없이 기입해야 합니다.

섹션 I - 생부에 관한 신원이 확인되는 정보

A. 이름/주소:

생부의 이름(이름, 중간 이름, 성)		달리 알려진 이름들
소셜시큐리티 번호	운전면허 번호	생년월일(월, 일, 년) 출생지(시, 주/도, 국가)
현주소(거리, 시, 주, 우편 번호)	전화 번호 (지역 코드)	번호
고정 우편 주소(거리, 시, 주, 우편 번호) *	고정 전화 번호 (지역 코드)	번호

B 새보이 보고

생부 어머니의 이름(이름, 중간 이름, 성)			생부 아버지의 이름(이름, 중간 이름, 성)		
주소	거리,	시,	주소	거리,	시,
주,	우편 번호		주,	우편 번호	
귀하의 어머니가 이 입양에 대해 알고 있습니까?			귀하의 아버지가 이 입양에 대해 알고 있습니까?		
<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 알 수 없음	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 알 수 없음
나중에 귀하를 찾는 데 도움을 받기 위해 귀하의 어머니에게 연락해도 됩니까?			나중에 귀하를 찾는 데 도움을 받기 위해 귀하의 아버지에게 연락해도 됩니까?		
<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오		<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	

C. 아이의 생모와의 흡이 상태:

귀하와 아이의 생모가 혼인했습니까? 예 아니오

예인 경우, 호의 냄새 몇 장소:

예 아니오

귀하와 아이의 생모가 혼인을 시도한 적이 있습니까? 예 아니오

예인 경우, 설명해 주십시오.

□ 예 □ 아니오

현재 아이의 생모와 혼인한 상태입니다.

□ □

D. 다른 장면:

예 아니오

D 달콤 자녀:

임양되는 아이 위에 다른 자녀가 있습니까? _____

예인 경우, 다음 항목을 기입해 주십시오

★참고: 고정 유통 중심가 변경되는 경우 반드시 중 사회사업구에 통보해 중심시오

★참고: 고성 우편
AD 67A (Korean) (8/01)

E. 미국 토착 인디언 조상:

부모 중 어느 한 명이나 다른 친척이 미국 인디언입니까? 예 아니오

예인 경우, 부족 이름과 위치 및 인디언 혈통 정도를 적어 주십시오(아는 경우). _____

F. 정신 관련 상담:

귀하는 정서적인 문제나 정신적인 문제 때문에 심리학자, 정신병 의사, 사회사업가 또는 기타 카운셀러를 방문한 적이 있습니까? 예 아니오

예인 경우, 다음 항목을 기입해 주십시오.

치료 날짜(들) 및 원인:

치료를 제공한 치료 전문가 및/또는 기관:

위치:

치료 중 처방된 약물을 기입해 주십시오.

더 이상 치료받고 있지 않은 경우 치료 중단 이유:

G. 입양 관련 질문: (독립 입양의 경우에만 기입)

1. 본 입양 과정 동안 귀하 자신의 변호사(법률 전문가)가 있습니까? 예 아니오
2. 귀하의 변호사가 입양을 하는 양부모의 변호사와 동일인입니까? 예 아니오 알 수 없음
3. 누가 이 아이의 임신, 태어나기 전 관리, 출산 및 기타 비용을 지불했습니까? _____
4. 귀하가 지불한 액수는 얼마입니까? (알 수 없는 경우 알 수 없다고 기입) _____
5. 캘리포니아주 입양법에서는 입양시키는 아이의 친부모가 입양을 하는 장차 양부모에 관해 다음과 같은 정보를 알고 있어야 한다고 명시합니다: 이름; 나이; 종교; 인종 또는 민족; 혼 혼인 기간 및 이전 혼인 회수; 직업; 다른 자녀나 어른이 그 집에 사는지 여부; 그 집에 살지 않는 다른 자녀가 있는지 여부 및 그러한 자녀에 대한 부양 의무가 있는지와 그러한 의무를 이행하지 않은 적이 있는지에 대한 여부; 수명을 단축시키거나 정상적인 일상 활동을 저해할 수도 있는 건강상의 문제; 가벼운 교통법 위반 외 다른 범죄에 대한 유죄 판결; 아동 학대 또는 태만으로 인해 아동이 이동된 경우; 대략적인 거주 지역 또는 요청시 주소.
6. 양부모에 관해 최소한 위의 정보를 알고 계십니까? 예 아니오
7. 양부모에 관해 알고 싶거나 필요한 추가 정보는 무엇입니까? _____

8. 양부모를 만난적이 있습니까? 예 아니오
9. 예인 경우, 그들에 대해 얼마나 잘 알고 계십니까? _____

생부 서명

양식 완성 날짜

위의 정보 제공자: (해당 사항 옆의 상자에 체크하십시오)

생모 생부 기타 (설명해 주십시오) _____

케이스 담당자 이름:

에이전시명:

섹션 II - 생부에 관한 신원이 확인되지 않는 정보

이 정보는 양부모에게 제공되며 귀하의 자녀가 입수할 수 있습니다. 모든 질문에 답해 주십시오.

I부 - 입양되는 아이의 출생시 생부의 특징**A. 일반 정보 및 신체적인 생김새:**

출생지(주만 표시)	신장	평상시 체중	눈동자 색	피부 색	원래 머리카락 색	원래 머리결
출생일(연도만 표시)	혈액형	RH 인자	체형 <input type="checkbox"/> 작은 체구 <input type="checkbox"/> 중간 체구 <input type="checkbox"/> 큰 체구		오른손잡이입니까? <input type="checkbox"/> 왼손잡이입니까? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 고움 <input type="checkbox"/> 중간 <input type="checkbox"/> 거침 <input type="checkbox"/> 직모 <input type="checkbox"/> 살짝 곱슬(웨이브) <input type="checkbox"/> 강한 곱슬 <input type="checkbox"/> 대머리

인종/민족 그룹 백인 히스패닉 필리핀인 흑인 아시아인 또는 태평양 섬나라인 미국 인디언 또는 알래스카 토착민 기타 _____

미국 인디언 또는 알래스카 토착민인 경우, 부족 이름 및 인디언 혈통 정도를 적어 주십시오(아는 경우) _____

특정 국적의 자손(예: 아일랜드인, 프랑스인, 독일인, 광동인, 멕시코인, 나이지리아인)

B. 교육:

최종 이수 학년	현재 재학중입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	평상시 학교 성적	기타 훈련
----------	---	-----------	-------

별도 교과과정 활동

관심 분야

C. 직업:

현재 직업	현재 직업 종사 기간은?	평소 직업입니까?
-------	---------------	-----------

귀하가 목표로 하는 직업은 무엇입니까? (예: 교사, 용접공, 판매원)

D. 인성:

평상시 행동, 태도, 기본, 보통 참여하는 활동, 친하게 지내는 주위 사람들의 종류 등의 측면에서 귀하의 인성에 대하여 설명해 주십시오

특기, 취미 및 인생의 목표에 대해 설명해 주십시오

E. 입양 관련 질문:

1. 귀하의 종교는 무엇입니까?

2. 양부모의 종교가 귀하의 종교와 다른 경우 아이를 양부모의 종교적 믿음 속에서 양육되게 하고 싶으십니까?

예 아니오

아니오인 경우, 어떤 종교적 믿음 속에서 귀하의 아이가 양육되기를 바랍니까?

이 아이를 입양시키는 이유는 무엇입니까? (가능한 자세히 답변해 주십시오. 이 항목은 입양아가 어른이 되었을 때 에이전시에 가장 많이 질문하는 것입니다.)

아이가 출생시 입양되지 않은 경우, 입양 전 아이의 보살핌, 건강 및 발육에 대한 정보를 알려 주십시오.

입양된 아이가 어른이 되었을 때 귀하에게 연락하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까?

F. 개인 건강 내력:

귀하의 전반적인 건강 상태에 대해 적어 주십시오.

어렸을 때 다음과 같은 질병을 앓은 적이 있습니까?

홍역: 풍진(3일) 유행성 이하선염

홍역(2주) 수두

기타 (명시해 주십시오)

백일해

건초열

귀앓이

류머티스열

장미진

뇌질환

심장 패음

요로 감염

천식

뇌막염

성홍열

위험한 수술을 받은 적이 있습니까?

예 아니오 예인 경우, 어떤 이상으로 수술을 받았으며 수술을 받은 때는 언제였습니까?

귀하의 쌍둥이 여부

쌍둥이 세 쌍둥이 네 쌍둥이 이상

귀하는

일관성 쌍둥이 이관성 쌍둥이

아이가 입신되기 전에 술, 담배 또는 기타 약물을 이용했습니까?

예 아니오 예인 경우, 약물의 종류를 나열하고, 사용 기간 및 사용 빈도를 적어 주십시오.

G. 가족 내력:

귀하나 귀하의 적계 가족 중에 입양된 사람이 있습니까?

예 아니오 예인 경우, 입양된 사람이 누구인지 적어 주십시오.

	귀하의 생부		귀하의 생모	
현재 나이				
사망한 경우, 사망시 나이				
사망 원인				
신장 및 체중	신장	체중	신장	체중
머리카락 색 및 머리결				
눈동자 색				
피부 색				
왼손잡이인지 오른손잡이인지 표시 ..				
눈에 띠는 특징				
최종 학력				
직업				
인종/민족	<input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 히스페닉 <input type="checkbox"/> 혁인 <input type="checkbox"/> 필리핀인 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 아시아인 또는 태평양 섬나라인 <input type="checkbox"/> 미국 인디언 또는 알래스카 토착민		<input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 히스페닉 <input type="checkbox"/> 혁인 <input type="checkbox"/> 필리핀인 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 아시아인 또는 태평양 섬나라인 <input type="checkbox"/> 미국 인디언 또는 알래스카 토착민	
국적				
종교				
이 부모가 아이의 입신 사실을 알고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
생부나 생모의 형제 자매 수는?				
친척 아저씨 또는 친척 아주머니가 사망한 경우, 사망시 나이 및 사망 원인을 적어 주십시오.....				
	생부의 부모		생모의 부모	
	아버지	어머니	아버지	어머니
나이				
사망한 경우, 사망시 나이 및 사망 원인				
신체적인 생김새에 대해 적어 주십시오.				
신장 및 체중	신장	체중	신장	체중
눈에 띠는 특징				
최종 학력				
현재 또는 이전 직업				
이 분들이 아이의 입신 사실을 알고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

G. 가족 내력: (계속)

귀하의 형제 자매

형제 자매가 4명이 넘는 경우에는 다른 종이를 사용하여 적어 주십시오

	1	2	3	4
성별(남자 또는 여자).....				
나이.....				
사망한 경우, 사망시 나이 및 사망 원인.....				
귀하와 부모 양쪽이 모두 같은지, 또는 부모 중 한쪽만 같은지에 대해 표시 ...	<input type="checkbox"/> 양쪽 <input type="checkbox"/> 한쪽			
신장 및 체중	신장 체중	신장 체중	신장 체중	신장 체중
머리카락 색 및 머리결.....				
눈동자 색.....				
피부 색.....				
취미 및 특기				
최종 이수 학년.....				
현재 학교에 다니고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
직업				
이 아이의 임신 사실에 대해 알고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
혼인 상태				
자녀 수				
자녀들의 건강 상태				

귀하의 다른 자녀들

(자녀가 4명이 넘는 경우에는 다른 종이를 사용하여 적어 주십시오.)

	자녀 #1	자녀 #2	자녀 #3	자녀 #4
아들인지 딸인지 표시해 주십시오.....				
생년월일 또는 나이				
입양되는 아이와 부모 양쪽이 모두 같은지, 또는 부모 중 한쪽만 같은지 표시	<input type="checkbox"/> 양쪽 <input type="checkbox"/> 한쪽			
사망한 경우, 사망시 나이				
사망 원인				
신장 및 체중	신장 체중	신장 체중	신장 체중	신장 체중
머리카락 색 및 머리결.....				
눈동자 색				
피부 색.....				
왼손잡이인지 오른손잡이인지 표시.....				
학년				
귀하와 함께 살고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
취미 및 특기				
전반적인 건강 상태				
위험한 수술				
건강상의 문제.....				
이 아이의 임신 사실에 대해 알고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			

H. 귀하, 귀하의 부모 및 기타 친인척들의 건강 내력

귀하나 친인척(예: 부모, 형제, 자매, 친척 아주머니, 친척 아저씨, 조부모, 귀하에게서 태어난 다른 자녀 등) 중 누구든 아래 나열된 의료 상태를 가진적이 있거나 현재 가지고 있는지 표시해 주십시오. 그 사람과 귀하와의 관계를 표시해 주십시오. 설명란을 기입해 주십시오. 해당 의료 상태로 인해 가족 구성원이 사망한 경우, 설명란에 이에 대해 적고 사망시의 대략적인 나이를 적어 주십시오.

의료 상태	아니 오	일 수 없음	예 본인	예 - 친인척 (귀하와의 관계 명시)	설명
A. 선천성 결함					
1. 내반족 또는 다른 기형적인 문제 (예: 평발 등)					
2. 언청이 또는 구개 파열					
3. 다운 증후군					
4. 기타 염색체 이상					
5. 뇌수종					
6. 근육 장애					해당 신체 부위는? 발병시 나이는?
7. 소인증					
8. 척추파열					
9. 선천성 심장 결함					
10. 적혈구 빈혈증					
11. 테이색스병					
B. 알레르기					알려진 원인은? 받은 치료는? 받은 약물 치료는?
1. 습진 또는 기타 피부 상태					
2. 건초열 또는 기타 알레르기					
3. 약물 알레르기					알레르기를 일으키는 약물은?
4. 식품 알레르기					알레르기를 일으키는 식품은?
C. 눈, 치아, 귀 및 발육상의 장애					
1. 맹목, 녹내장, 색맹, 또는 기타 시각 관련 문제					
2. 교정 안경 또는 콘택트 렌즈					처방 렌즈를 필요로 하기 시작했던 나이는?
근시 <input type="checkbox"/>					
원시 <input type="checkbox"/>					
난시 <input type="checkbox"/> (초점 맞출 수 없음)					
사시 <input type="checkbox"/> (사팔눈)					
기타 (설명해 주십시오) <input type="checkbox"/>					
3. 치열 교정기 또는 기타 치과 교정					있다면, 어떤 종류의 치과 교정을 했으며 그 기간은?

H. 귀하, 귀하의 부모 및 기타 친인척들의 건강 내력 (계속)

의료 상태	아니 오	알 수 없음	예 본인	예 - 친인척 (귀하와의 관계 명시)	설명
4. 귀머거리 또는 기타 귀 관련 문제					특수 교육을 받았습니까? "예"인 경우, 발병시 나이를 적어 주십시오.
5. 언어 문제					
6. 학습 능력 장애					진단을 받은 적이 있습니까? 입원한 적이 있습니까?
7. 지능 발달 지연; 정신적 또는 신체적					
D. 혈액 순환계 장애					
1. 혈우병					
2. 적혈구 빈혈증					
3. 고혈압					발병시 나이는? 받은 치료는? 입원한 적이 있습니까?
4. 뇌졸증					
5. 심장 발작(관상 동맥 혈전)					
6. 관절염					어떤 종류의 관절염입니까? 발병시 나이는? 신체 부위는?
7. 신장병					발병시 나이는? 받은 치료는?
E. 호르몬 장애					발병시 나이는? 받은 치료는?
1. 당뇨병					
2. 갑상선 장애					
3. 비만(과체중)					
F. 호흡기 장애					알려진 원인은? 받은 치료는?
1. 천식					
2. 폐기종					발병시 나이는?
3. 결핵					발병시 나이는? 종류는? 신체 부위는?
G. 정신적 및 행동 장애					발병시 나이는? 받은 치료는? 입원한 적이 있습니까?
1. 정신분열증 진단					
2. 조울병 진단					
3. 기타 정신병. 필요한 경우 다른 페이지를 사용하여 설명해 주십시오					
4. 알코올 중독 또는 과도한 음주					
5. 마약 사용					종류, 양 및 사용 시기는?

H. 귀하, 귀하의 부모 및 기타 친인척들의 건강 내력 (계속)

의료 상태	아니 오	알 수 없음	예 본인	예 - 친인척 (귀하와의 관계 명시)	설명
H. 임파성 장애					종류는? 발병시 나이는? 신체 부위는?
1. 암					
2. 종양					
3. 낭포성 섬유증					
4. Hodgkin씨 병					
I. 신경계 장애					신체 부위는? 발병시 나이는?
1. 다중 동맥 경화					
2. Huntington씨 병					
3. 뇌성(소아) 마비					
4. 발작 또는 경련					발병시 나이는? 받은 치료는? 빈도는?
5. 간질병					
J. 감염, 입원					진단은?
1. 알려진 감염으로 인한 반복된 발열					
2. 입원 치료를 요하는 반복된 심각한 감염					
3. 입원, 수술 또는 상처					이유? 시기?
K. 기타 의료 또는 건강상의 문제					